

ACTITUD DEL MEDICO ANESTESIOLOGO EN FORMACIÓN ANTE EL DETERIORO COGNITIVO POSTOPERATORIO

por Alfredo Gerardo Berlanga Arizpe

Fecha de entrega: 02-jul-2020 12:10p.m. (UTC-0500)

Identificador de la entrega: 1352665536

Nombre del archivo: DR._ALFREDO_G._BERLANGA_2014_-_2017.pdf (241.45K)

Total de palabras: 2403

Total de caracteres: 14417

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE MEDICINA



“Actitud del Medico Anestesiólogo en formación ante el deterioro cognitivo postoperatorio”

Por

DR. ALFREDO GERARDO BERLANGA ARIZPE

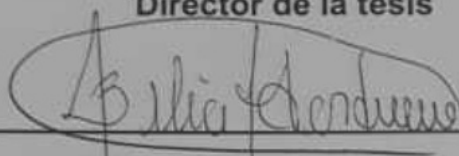
**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA**

FEBRERO, 2017

Aprobación de la tesis:



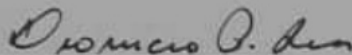
Dra. Norma Guadalupe López Cabrera
Director de la tesis



Dra. Belia Inés Garduño Chavez
Coordinador de Enseñanza



Dr. Gustavo Cordero
Coordinador de Investigación



Dr. Dionisio Palacios
Jefe de Servicio o Departamento



Dr. med. Felipe Arturo Morales Martínez
Subdirector de Estudios de Posgrado

DEDICATORIA Y/O AGRADECIMIENTOS

TABLA DE CONTENIDO

Capítulo I	Página
1. RESÚMEN	1
Capítulo II	
2. INTRODUCCIÓN	5
Capítulo III	
3. HIPÓTESIS	12
Capítulo IV	
4. OBJETIVOS	20
Capítulo V	
5. MATERIAL Y MÉTODOS	25
Capítulo VI	
6. RESULTADOS.	30
Capítulo VII	
7. DISCUSIÓN	34
Capítulo VIII	
8. CONCLUSIÓN	39

Capítulo IX

9. ANEXOS (ejemplo)	42
9.1 Cuestionarios	46
9.2 Carta de Consentimiento	48

Capítulo X

10.BIBLIOGRAFÍA	50
---------------------------	----

Capítulo XI

11. RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO	55
--------------------------------------	----

INDICE DE TABLAS

Tabla	Página
1.Parámetros clínicos evaluados	10
2. Diagnóstico molecular.....	20
3. Análisis Estadístico.....	25
4.....	30
5.....	40
6.....	45
7.....	48
8.....	60
9.....	63
10.....	69
11.....	72
12.....	80
13.....	85
14.....	89
15.....	90
16.....	95

INDICE DE FIGURAS

Figura	Página
1. Mutaciones del receptor opioide μ	15
2. Fórmula para el tamaño de la muestra.....	20
3	25
4.....	30
5.....	40
6.....	45
7.....	48
8.....	60
9.....	63
10.....	69
11.....	72
12.....	80
13.....	85
14.....	89
15.....	90
16.....	95

LISTA DE ABREVIATURAS

PCR: Reacción en Cadena de la Polimerasa

T: Timina

Mg: Miligramos

C: Citocina

Introducción

El aumento de la población de edad avanzada en los últimos cincuenta años llevó al crecimiento de enfermedades relacionadas a la edad como son las demencias. (1) El Deterioro Cognitivo Post-operatorio (DCOP) es definido como la disminución de las funciones cognitivas detectada días o semanas después de la cirugía, ha sido demostrado con pruebas psicológicas validadas. Entre los factores de riesgo descritos asociados al desarrollo de DCPO están: Las cirugías complicadas, la alteración en la secreción de cortisol y la liberación de mediadores pro inflamatorios, que son parte de la repuesta fisiológica al estrés de una cirugía mayor y se encuentran implicados en el deterioro cognitivo de humanos, el bajo nivel educativo, a mayor edad mayor riesgo, y por último el mayor uso de analgésicos opioides. El desconocimiento de la actitud ante la probable presencia de Deterioro Cognitivo Posoperatorio en el paciente geriátrico, por el personal médico y paramédico tratante, hace que este no sea diagnosticado ni tratado adecuadamente al presentarse en el periodo posoperatorio, como una complicación del procedimiento quirúrgico-anestésico., motivo por el que conocer la actitud del médico en formación podrá adelantar las pautas correctas a seguir del médico de su actitud ante el diagnóstico del DCOP .

Antecedentes

A medida que aumentan los casos de demencia es importante que la sociedad en su conjunto desarrolle una visión realista que tome en consideración la perspectiva de los pacientes.

Serrani et. al. menciona que con frecuencia los pacientes con algún tipo de demencia son objeto de actitudes discriminatorias. (2)

Las actitudes prejuiciosas hacia los pacientes con demencia se asocian con la evitación del contacto, con ellos en un porcentaje alto como del 80% de sujetos entrevistados en algunos estudios reportados. Los grandes avances de la medicina, han llevado al ser humano a mayor promedio de edad de sobrevivida y con ello la obligación de una mejor calidad de vida; desde algunos años la población mayor de 65 años ha reportado un crecimiento importante en el sector demográfico en la mayor parte del mundo. Cada año aproximadamente el 21% de la población mayor de 65 años es sometida a algún tipo de cirugía. Se considera que un 38%-50% de la población sometida a un procedimiento quirúrgico presenta algún tipo de delirio, confusión o deterioro cognitivo postoperatorio. (Barash., 2009)

Desde la introducción de la anestesia en el procedimiento quirúrgico (1846) en forma oficial y pública, el estudio de sus efectos tanto benéficos como adversos ha desarrollado un campo en la disciplina de la anestesiología de gran importancia clínica como básica desde el conocimiento de su fisiología farmacológica y las repercusiones en el organismo. Hace más de cincuenta años, Bedford en 1955

publicó un informe observacional retrospectivo de 251 pacientes de mayor edad que se sometió a cirugía con anestesia impulsado por el número de informes anecdóticos de sus pacientes y sus familias con respecto a problemas con la función cognitiva después de la cirugía.

El Deterioro Cognitivo Postoperatorio definido como la disminución de las funciones cognitivas detectada días o semanas después de la cirugía, ha sido demostrado con pruebas psicológicas validadas.(4)

Debemos considerar que la más alta incidencia de este tipo de enfermedad se presenta en el paciente geriátrico y el deterioro cognitivo o delirio aumenta su incidencia en el paciente posoperatorio.

Con frecuencia los pacientes con demencia son objeto de actitudes discriminadoras, sin embargo son escasos los instrumentos confiables destinados a evaluarlas.

A medida que aumentan los casos de demencia es importante que la sociedad desarrolle y tome en consideración la perspectiva de los pacientes en el diseño de planes de cuidados y tratamiento.

El empoderamiento de este grupo de enfermos permitiría crear una alternativa a la opción tutelar tradicional; sin embargo, el estigma y los prejuicios negativos asociados con la demencia aún siguen constituyendo un obstáculo para estos logros, generando mayor discapacidad, dependencia y deterioro. Las actitudes prejuiciosas hacia los pacientes con demencia se asocian con la evitación del contacto con ellos en un porcentaje tan alto como el 80% de los sujetos entrevistados, como se desprende de diversos estudios. Estas actitudes se extienden a los propios pacientes al momento de recibir el diagnóstico de demencia,

quienes manifiestan preocupación por los efectos que la enfermedad puede ejercer sobre sus familiares y amigos.

Serrani, en el 2012 elabora una escala en la que propone el análisis de la actitud de personal que se enfrenta a pacientes con alguna tendencia hacia la demencia o deterioro cognitivo, entre los participantes para la validación de la encuesta se encuentran médicos, psicólogos y cuidadores de este tipo de pacientes y personas no expuestas a ellos. El propone esta escala ante la ausencia de instrumentos en español, validados para dicho fin.(5)

Dicha escala probada en 296 sujetos de ambos géneros y de habla hispana, con 30 ítems iniciales quedo con un total de 20 ítems tras las rondas de validación con una alfa de Cronbach de 0.89, en los que se analiza las actitudes de afecto y temor dimensión afectiva; rechazo, dimensión conductual; experiencia, dimensión del conocimiento. Concluyendo en su aplicación para la aplicación como instrumento confiable.

Conocer la actitud el personal médico ante el desarrollo del Deterioro Cognitivo Post-Operatorio (DCPO) en el paciente es vital para el adecuado manejo por el personal médico, paramédico y familia del paciente,

En esta población que pertenece a un grupo de pacientes que por su edad es vulnerable, con riesgo de perder su autonomía en caso de presentar DCOP, con riesgo de perder respeto a su dignidad por el comportamiento que puede presentar al estar desorientado; motivos por los que este tema debe ser estudiado y poder en el mejor de los casos aportar estrategias que ayuden a concientizar la mejor actitud ante el paciente con deterioro cognitivo, para su mejor atención.

Cumpliendo con la parte de la bioética que como profesional me atañe en el aspecto humanista que la medicina como ciencia de la vida. Con

el fin máximo de brindar una atención más integral y completa a este grupo de pacientes.

El conocimiento de conceptos como anestesia, deterioro cognitivo son los puntos clave para el desarrollo del presente protocolo. Así como lo referido dentro de los antecedentes.

Clarificación de términos

El Deterioro Cognitivo Post-operatorio (DCOP) es definido como la disminución de las funciones cognitivas detectada días o semanas después de la cirugía, ha sido demostrado con pruebas psicológicas validadas.

Entre los factores de riesgo descritos asociados al desarrollo de DCPO están: Las cirugías complicadas, la alteración en la secreción de cortisol y la liberación de mediadores proinflamatorios, que son parte de la respuesta fisiológica al estrés de una cirugía mayor y se encuentran implicados en el deterioro cognitivo de humanos, el bajo nivel educativo, a mayor edad mayor riesgo, y por último el mayor uso de analgésicos opioides.

La anestesia general, es un estado funcional alterado que se caracteriza por pérdida de la conciencia, analgesia de cuerpo completo, amnesia y cierto grado de relajación muscular. Para conseguir este estado se debe proceder a una hipnosis del paciente con ciertos fármacos, denominados hipnóticos, que pueden ser inhalatorios o intravenosos. Y con la supresión de los fármacos anestésicos, de forma reversible se recupera la conciencia el paciente. El desconocimiento de la actitud ante la presencia de deterioro cognitivo posoperatorio en el paciente geriátrico, por el personal médico y paramédico tratante, hace que este no sea diagnosticado ni tratado adecuadamente al presentarse en el periodo posoperatorio, como una complicación del procedimiento quirúrgico-anestésico.

Problema que requiere atención desde el punto de vista médico físico como mental y emocional ya que aumenta la morbilidad del paciente vulnerable por factores relacionados con su edad, su capacidad en la toma de decisión y el involucro de la familia.

Justificación del estudio

La población geriátrica es el grupo de edad, de más rápido crecimiento en el mundo además de aumentar el rango de edad para la esperanza de vida. Por lo que obliga al médico el conocimiento completo y más aún a la atención integral y de calidad en este grupo de pacientes sometidos a intervención quirúrgica-anestésica en atención a cirugía y anestesia como parte del tratamiento o estudio de su enfermedad. Además de sus riesgos y beneficios a corto y mediano plazo.

El problema a conocer es determinar cual es la actitud del personal de médico en formación de anestesiología ante el dilemas de reconocer o no un estado demencial transitorio postoperatorio en el adulto mayor.

El desconocimiento de la actitud ante la probable presencia de Deterioro Cognitivo Posoperatorio en el paciente geriátrico, por el personal médico en formación.

Objetivo:

Determinar la actitud de médicos en entrenamiento de la especialidad de anestesiología ante el deterioro cognitivo postoperatorio

Material y métodos:

Una vez obtenido el registro del comité de ética Se aplicará una encuesta ya validada de la actitud del médico en formación en una muestra por conveniencia de los médicos en formación del Hospital Universitario Dr. José E. González. **Se le explicará detalladamente que su participación es totalmente libre y sin remuneración, que puede salir del protocolo en cualquier momento que lo desee sin ninguna afectación secundaria, se le explicará también que los datos obtenidos serán guardados bajo el anonimato de la misma forma que contestó su encuesta (anónima).** Se explicará también a los participantes que la encuesta a aplicar será en forma anónima, que sus respuestas serán escritas con el caracter "x" y de libre elección aceptar participar en el estudio, motivo por el que no se requiere consentimiento por escrito. De forma anónima para disminuir el sesgo de respuestas por su participación en el estudio. Incluyendo a todos los residentes que se encuentren en la cita convocada, de ambos géneros y de los tres grados académicos de su formación y aplicada por un residente previa explicación. Posteriormente se analizarán los datos obtenidos. Muestra tentativa mínima de 30 residentes por los que se encuentran en campo u rotación. En muestreo por conveniencia de todos los residentes en formación adscritos al servicio de Anestesiología.

METODOLOGIA

a.- Diseño metodológico; estudio de tipo:

Observacional

Transversal

Tipo encuesta

Población Todos los médicos en formación de la especialidad de Anestesiología Hospital Universitario Dr. José E. González.

Muestreo Por conveniencia total de médicos residentes en formación de la especialidad de anestesiología, del Hospital Universitario Dr. José E. González, adscritos al servicio de Anestesiología que se encuentren el día y la hora de aplicación de la encuesta. Dado que el muestreo por conveniencia corresponde a una técnica de muestreo no probabilístico donde los sujetos son seleccionados dada la conveniente accesibilidad y proximidad de los sujetos para el investigador.

Criterios de Selección

Inclusión

1. Todos los residentes que se encuentren presentes en el momento de la aplicación de la encuesta
2. Deben ser mayores de edad.

Exclusión

Los residentes que se encuentren fuera de la reunión en que se aplique la encuesta

Eliminación

Encuestas incompletas o confusas

Análisis estadístico

Análisis descriptivo para las variables sociodemográficas y análisis inferencial para la revisión de la encuesta.

REFERENCIAS

- 1.- Kidd,BL. UrbanLA. Mechaniss of inflammatory pain. Br J Anesth 2001 87:3-11.
- 2.- Moller J, CCluitmans P, Rasmussen L. Long-term posoperative cognitive dysfunction in the elderly : ISPOCD1. Lancet. 1998; 351: 857-861.
- 3.- Miller R, Cucchiara R. Anestesia 6th EditionHarcourt Brace. San Francisco California 2005; 2: 9-15. Moller J, CCluitmans P, Rasmussen L. Long-term posoperative cognitive dysfunction in the elderly : ISPOCD1. Lancet. 1998; 351: 857-861.
- 4.- Newman D, Stanton P, Stygall J. Dysfun Postoperative Cognitive Dysfunction after Noncardiac Surgery: A Systematic Review. Anesthesiology.2007; 106: 572-590.
- 5.-Serrani D. Rev. Española de Geriatria y Gerontologia. Construcción y validación de escala para evaluar las actitudes hacia los pacientes con enfermedad de Alzheimer y trastornos relacionados. 2012, 47 (1) 5-14.
- 6.- Monk TG, Weldon BC, GarvanCw, Dede DE, et al. Predictors of cognitive dysfunction after major noncardiac surgery. Anesthesiology 2008; 108: 18-30.
7. - Maze M, Cibelli M, Grocott HP: Taking the lead in research into postoperative cognitive dysfunction. Anesthesiology. 2008 Jan; 108(1):1-2.
- 8.-Jeffrey H. Silverstein, M.D., Matthew Timberger, B.A., David L. Riech, M.D., suzan Uysal, Ph. D: Central Nervous System Dysfunction after Noncardiac surgery and Anesthesia in the Elderly, Anesthesiology 2007; 106:622-8.
- 9.- Judith A. Hudetz, Zafar Iqbal, Sweeta D. Gandhi, Kathleen M. Patterson, Trevor F. Hyde, Diane M. Reddy, Anthony G. Hudetz, David C. Wartier: **Postoperative Cognitive Dysfunction in Older Patients with a History of Alcohol Abuse**, Anesthesiology 2007, 106:423-30.
- 10 .- Rasmussen LS, Post-operative cognitive dysfunction- incidence, risk factors, and correlation with biochemical markers for brain damage. Ac. Aneshesiol Scand.2008; 52:442-443.
- 11.- Romero JE, Vazquez JC, Bravo A, Comparación de dos técnicas anestésicas sobre niveles plasmaticos de marcadores inflamatorio. Cirugía y cirujanos. 2007;77:99-105.
- 12.- Barreiro G, Paciel J, Gallinares L, Mora F, Vique H. Inmunidad y stress sus relaciones con la técnica anestésica. Rev. Argent. Anesthesiol. 1987;45 3-24. Brash. P.G. et al Clinical Anesthesia, Post Anesthesia Recovery. Ed Lippincott Williams &Wilkins 6th. 2009, 1421-1443
- 13.- Brash. P.G. et al Clinical Anesthesia, Post Anesthesia Recovery. Ed Lippincott Williams &Wilkins 6th. 2009, 1421-1443

ACTITUD DEL MEDICO ANESTESIOLOGO EN FORMACIÓN ANTE EL DETERIORO COGNITIVO POSTOPERATORIO

INFORME DE ORIGINALIDAD

5%

INDICE DE SIMILITUD

5%

FUENTES DE INTERNET

0%

PUBLICACIONES

0%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

ENCONTRAR COINCIDENCIAS CON TODAS LAS FUENTES (SOLO SE IMPRIMIRÁ LA FUENTE SELECCIONADA)

< 1%

★ HUDETZ, JUDITH A., and DAVID C. WARLTIER.
"COGNITIVE FUNCTION IN OLDER DIABETIC
SUBJECTS WITH A HISTORY OF ALCOHOL
ABUSE¹", Psychological Reports, 2007.

Publicación

Excluir citas

Excluir bibliografía

Apagado

Apagado

Excluir coincidencias

Apagado

ACTITUD DEL MEDICO ANESTESIOLOGO EN FORMACIÓN ANTE EL DETERIORO COGNITIVO POSTOPERATORIO

INFORME DE GRADEMARK

NOTA FINAL

/0

COMENTARIOS GENERALES

Instructor

PÁGINA 1

PÁGINA 2

PÁGINA 3

PÁGINA 4

PÁGINA 5

PÁGINA 6

PÁGINA 7

PÁGINA 8

PÁGINA 9

PÁGINA 10

PÁGINA 11

PÁGINA 12

PÁGINA 13

PÁGINA 14

PÁGINA 15